

ARIZONA DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA
División de Incapacidades del Desarrollo
PERMISO Y AUTORIZACION GENERALES

Yo, _____, certifico que soy el (la)
(Nombre completo de la persona legalmente responsable)

_____ de _____
(Relación con el cliente) (Nombre completo del cliente)

y doy permiso para lo siguiente para [] él/[] ella durante un periodo que no exceda 12 meses a partir de la fecha de mi firma abajo:
(Marque (x) y escriba sus iniciales en todas las pertinentes)

- [] Sí [] No Tratamiento(s) urgente necesario.
[] Sí [] No Cuidado médico de rutina.
[] Sí [] No Cuidado dental de rutina.
[] Sí [] No Uso de sedantes/refrenos cuando sean recetadas por un médico para propósitos médicos/dentales.
[] Sí [] No Evaluaciones/valoraciones educativas, vocacionales o terapéuticas necesarias, excepto:
[] Sí [] No Participación en actividades recreativas/de tiempo libre rutinarias.
[] Sí [] No Administración de medicamentos actuales (recetados por un médico o dentista y sin exceder la dosis máxima) y de los sin receta, excepto:

Compartir la información siguiente marcada "Sí" con (x).

- [] Sí [] No Archivos médicos
[] Sí [] No Información educacional
[] Sí [] No Información social
[] Sí [] No Información psicológica
[] Sí [] No Información financiera
[] Sí [] No Otra

Para las categorías marcadas "No" con (x), se requerirá mi firma antes de efectuarse tal eventos o de compartir la información en cuestión.

La información anterior se me ha explicado y certifico que la entiendo completamente. También entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación escrita al Departamento de Seguridad Económica, División de Incapacidades del Desarrollo.

(Firma del cliente, si es pertinente) (Fecha)

(Firma de la persona responsable) (Fecha)

(Firma del administrador(a) del caso en DDD o la persona designada) (Fecha)

(Escriba en letra de molde el nombre y título del administrador(a) del caso en DDD o la persona designada)

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.